

Evaluación y Manejo de la Muerte Perinatal en el Hospital Clínic de Barcelona: Papel del Comité de Mortalidad Perinatal

Lorena Fernández¹, Anna Peguero², Olga Gómez³, Francesc Figueras⁴
Correo electrónico: FFIGUERA@clinic.cat

¹⁻⁴Especialista en Medicina Maternofetal, Hospital Clínic-BCNatal, Universitat de Barcelona

Palabras claves: Muerte perinatal, patología, clasificación de la muerte, causa muerte perinatal, comité mortalidad perinatal, evaluación muerte perinatal, medicina maternofetal

Introducción

El abordaje de los casos de muerte perinatal de manera multidisciplinar es fundamental debido a la importancia del acontecimiento y a la repercusión tanto a nivel emocional como sobre el futuro reproductivo de la mujer. Para ello, en nuestro centro existe un Comité de Mortalidad Perinatal que tiene como objetivo definir la causa más probable de la muerte intrauterina o del recién nacido y establecer recomendaciones de cara a futuras gestaciones y así reducir el riesgo de recurrencia.

Estudio sistemático para la definición de la causa

El estudio sistemático de las posibles causas de la muerte perinatal es básico para conseguir un correcto consejo perinatal [1,2]. En nuestro centro el estudio se basa en 4 pilares fundamentales: anamnesis y exploración física, analítica materna, estudio genético y estudio anatomopatológico.

La necropsia/autopsia fetal [3,4], el estudio anatomopatológico de la placenta [5] y el estudio genético fetal [1] constituyen las pruebas más relevantes para determinar la causa. Sin embargo debido a que en algunos casos la pérdida fetal puede deberse a la interacción o suma de varias causas, es recomendable realizar una serie de exploraciones de forma sistemática en todos los casos, incluyendo: una anamnesis y exploración física dirigida a la identificación de factores de riesgo, un estudio ecográfico y una analítica materna (incluyendo un hemograma, bioquímica básica, determinación de la presencia de hemorragia feto-materna [6], serologías, anticuerpos antifosfolípidos [7] y tóxicos en orina), entre otros estudios dirigidos ante clínica sugestiva de alguna causa concreta como infección materna, infección intraamniótica o preeclampsia. En todos los casos se ofrece la realización de una amniocentesis para estudio de cariotipo molecular fetal e infecciones en líquido amniótico (parvovirus B19, Citomegalovirus y cultivos en casos de sospecha de infección intramniótica).

Nuestro centro recomienda la realización de necropsia y estudio anatomopatológico placentario en todos los casos. En aquellos casos en que los padres rechacen la necropsia se ofrece la realización de una Resonancia Magnética, que puede ser de utilidad para la identificación de anomalías macroscópicas [8].

El establecimiento de un protocolo de las exploraciones y/o procedimientos a aplicar en los casos de muerte anteparto es básico para sistematizar el estudio y asegurar una buena cumplimentación del mismo en todos los casos, independientemente del profesional que atienda a la paciente.

Evaluación y manejo multidisciplinar de los casos de óbito fetal y neonatal

Las auditorías para evaluar las causas específicas de cada caso así como los resultados de los programas de intervención [9], constituyen estrategias básicas para la reducción de la tasa de mortalidad perinatal. Así mismo estas auditorías permiten identificar los casos que son resultado de deficiencias en el manejo de estas pacientes y los procesos de mejora de calidad para poder prevenir casos futuros.

En nuestro centro los casos de muerte perinatal son evaluados mediante un Comité multidisciplinar de Mortalidad Perinatal formado por especialistas en Neonatología, Anatomía Patológica y Medicina Maternofetal realizándose una valoración integrada en todos los casos. En determinados casos, se puede requerir la colaboración de otros expertos de diferentes especialidades. El comité se reúne cada tres semanas y en él se evalúan de forma individualizada todos los casos de pérdida entre la semana 22 de gestación y los 27 días postparto. Se revisan los antecedentes y factores de riesgo de la paciente y los hechos acontecidos; así como los resultados obtenidos del estudio. El médico implicado en el manejo de la gestación es el encargado de la exposición del caso a los miembros integrantes del comité a través de un resumen que incluye el control gestacional, los antecedentes de la mujer, los hallazgos maternos y/o fetales más relevantes durante el embarazo, el contexto en que se produjo el fallecimiento y los resultados del estudio de causalidad realizado. A partir de los datos expuestos se discute el caso

Muerte y Duelo Perinatal

dando voz a los integrantes de todas las especialidades personadas en el comité, ayudando a esclarecer la causa y a consensuar las recomendaciones futuras.

Con lo resuelto, se emite un dictamen que se entrega a los pacientes, donde se resume el caso y se expone la causa o condiciones relevantes que han contribuido a la pérdida y las recomendaciones preconcepcionales, de manejo y de seguimiento en futuras gestaciones. La comunicación con los padres es un paso imprescindible durante todo el proceso y uno de los elementos clave antes del cierre del caso, es informarles de la resolución del comité con el consejo y recomendaciones futuras, así como la resolución de las posibles dudas y comentarios planteados por los mismos [10].

Los objetivos principales del Comité de Mortalidad Perinatal son por tanto establecer la causa más probable de la muerte, la identificación de los principales factores de riesgo y la emisión de recomendaciones futuras. A su vez, la existencia del comité tiene la función de revisión de los protocolos de actuación de nuestro centro, para identificar posibles deficiencias en el seguimiento gestacional y en los cuidados perinatales y así modificar su contenido, corrigiendo dichas deficiencias y posibilitando la disminución de la incidencia de acontecimientos similares futuros.

Sistemas de clasificación de causalidad de muerte perinatal y datos de nuestro centro

Anualmente se realiza una sesión de mortalidad donde se evalúan el total de casos. Se valoran las características de la población, el número de casos según el momento del óbito, el porcentaje de casos con estudio según protocolo completo e incompleto y se clasifican los casos de muerte anteparto según los sistemas de clasificación RECODE [11], Wigglesworth [12] y PSANZ-PDC [13]. El uso de un protocolo de estudio y clasificación de las muertes perinatales adecuado y consistente ha demostrado reducir la tasa de muerte fetal de causa desconocida [14].

En el año 2016 en nuestro centro tuvieron lugar 24 casos de muertes fetales anteparto (11 entre las 22-27,6 semanas y 13 de ≥ 28 semanas) y ningún caso de mortalidad intraparto de un total de 3207 recién nacidos; y 13 casos de muerte postparto; siendo la tasa de mortalidad clásica de 6,86 por 1000 recién nacidos. El 89% de nuestra población es de alto o muy alto riesgo obstétrico (según la clasificación del Departament de Salut de Catalunya [15]), lo que explica una tasa de mortalidad clásica más elevada que en ámbitos.

En cuanto a la cumplimentación del protocolo de estudio en los casos de óbito fetal se realizó necropsia en el 79% de ellos (en 5 casos no hubo autorización de la familia); estudio anatómico-placentario en el 100% y estudio genético en el 96% (siendo normal en el 72% y no valorable por ausencia de crecimiento celular en el 16%). Con los sistemas de clasificación utilizados 2 de los casos se orientaron como muerte de causa desconocida (8.3%); en un 40% de los casos prevaleció la condición fetal (destacando el retraso de crecimiento intrauterino) según la clasificación de Wigglesworth. En cuanto a las condiciones existentes según la clasificación RECODE las más prevalentes fueron el retraso de crecimiento intrauterino (en un 37,5% de los casos) y la enfermedad hipertensiva del embarazo (en un 25% de los casos).

Conclusión

En conclusión, la necropsia perinatal, el estudio anatomopatológico de la placenta y el estudio genético fetal constituyen las pruebas más relevantes para determinar la causa probable del óbito.

El Comité de Mortalidad Perinatal permite evaluar los casos de forma sistemática y multidisciplinar con objeto de identificar no sólo la causa más probable de la pérdida sino todas las condiciones relevantes asociadas, para poder informar a los padres de lo acontecido y establecer recomendaciones futuras. Además el Comité realiza una revisión continuada de los diferentes protocolos de nuestro centro, lo que nos permite tener un control de calidad de la atención proporcionada a nuestras pacientes.

Bibliografía

- [1] ACOG practice bulletin No. 102: Management of stillbirth. *Obstet Gynecol* 2009;113:748–61. doi:10.1097/AOG.0b013e31819e9ee2.
- [2] Korteweg FJ, Erwich JJHM, Timmer A, Van Der Meer J, Ravisé JM, Veeger NJGM, et al. Evaluation of 1025 fetal deaths: Proposed diagnostic workup. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:1–12. doi:10.1016/j.ajog.2011.10.026.
- [3] Faye-Petersen OM, Guinn DA, Wenstrom KD. Value of perinatal autopsy. *Obstet Gynecol* 1999;94:915–20. doi:10.1016/S0029-7844(99)00468-8.
- [4] Sankar VH, Phadke SR. Clinical utility of fetal autopsy and comparison with prenatal ultrasound findings. *J Perinatol* 2006;26:224–9. doi:10.1038/sj.jp.7211482.
- [5] Pinar H, Goldenberg RL, Koch MA, Heim-Hall J, Hawkins HK, Shehata B, et al. Placental findings in singleton stillbirths. *Obstet Gynecol* 2014;123:325–36. doi:10.1097/AOG.000000000000100.
- [6] Carles D, André G, Pelluard F, Martin O, Sauvestre F. Pathological Findings in Feto-Maternal Hemorrhage. *Pediatr Dev Pathol* 2014;17:102–6. doi:10.2350/13-12-1419-OA.1.
- [7] Silver RM, Parker CB, Reddy UM, Goldenberg R, Coustan D, Dudley DJ, et al. Antiphospholipid Antibodies in Stillbirth. *Obstet Gynecol* 2013;122:641–57. doi:10.1097/AOG.0b013e3182a1060e.
- [8] Thayil S, Sebire NJ, Chitty LS, Wade A, Chong W, Olsen O, et al. Post-mortem MRI versus conventional autopsy in fetuses and children: A prospective validation study. *Lancet* 2013;382:223–33. doi:10.1016/S0140-6736(13)60134-8.
- [9] Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, Ellwood D, Erwich JJ, Coory M, et al. Stillbirths: Recall to action in high-income countries. *Lancet* 2016;387:691–702. doi:10.1016/S0140-6736(15)01020-X.
- [10] O'Connell O, Meaney S, O'Donoghue K. Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? *Women and Birth* 2016;29:345–9. doi:10.1016/j.wombi.2016.01.003.
- [11] Gardosi J, Kady SM, McGeown P, Francis A, Tonks A. Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study. *BMJ* 2005;331:1113–7. doi:10.1136/bmj.38629.587639.7C.
- [12] de Galan-Roosen AEM, Kuijpers JC, van der Straaten PJC, Merkus JMW. Fundamental classification of perinatal death. Validation of a new classification system of perinatal death. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;103:30–6.
- [13] PSANZ. Clinical Practice Guideline for Perinatal Mortality. Section 7: Perinatal Mortality Classifications. 2009:114–54.
- [14] Vergani P, Cozzolino S, Pozzi E, Cuttin MS, Greco M, Ornaghi S, et al. Identifying the causes of stillbirth: a comparison of four classification systems. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:2–5. doi:10.1016/j.ajog.2008.06.098.
- [15] Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. *Dir Gen Salut Pública Barcelona* 2005:169–74.